

COLITIS ULCERATIVA: ESTRATIFICACION CLINICA DE SEVERIDAD.

María Luisa Jara Alba¹, Pablo Rafael Salgado Rosado²

Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Ecuador¹, Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Ecuador²

Resumen

La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una condición crónica caracterizada por una inflamación continua que afecta al colon. La etiología permanece desconocida, pero se cree que los pacientes podrían presentar una respuesta inmune "aberrante" que ocurre generalmente en individuos susceptibles genéticamente como resultado de una compleja interacción de los factores ambientales, microbianos e inmunológicos. Tanto su extensión como su gravedad son variables en cada paciente a lo largo del tiempo. Se caracteriza por un curso de remisiones y exacerbaciones, con características clínicas, bioquímicas e histológicas heterogéneas, lo que la convierte en un desafío para el médico. Es importante que el médico esté completamente consciente de la actividad de la enfermedad porque esto influye en las decisiones terapéuticas y proporciona información valiosa sobre el riesgo de complicaciones y el pronóstico del paciente. A lo largo de los años se han venido elaborando diferentes scores que buscan evaluar de forma objetiva, la actividad de la enfermedad en pacientes con CUCI y en consecuencia optimizar el tratamiento farmacológico. En esta revisión abordamos las escalas o scores clínicos de actividad y gravedad de esta patología, haciendo énfasis en aquellas de aplicación práctica para la toma "oportuna" de decisiones terapéuticas.

INTRODUCCION

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta a la mucosa del colon de forma continua. La afectación se inicia en el recto y puede alcanzar una extensión variable en sentido proximal hasta el ciego. Debuta en edades cruciales del desarrollo, lo que afecta el periodo de capacitación y productividad; es una enfermedad crónica en gente joven. Es potencialmente incapacitante representando un importante problema en la salud pública; presenta un curso clínico recidivante que impacta en la vida del paciente, la capacidad laboral, la vida social y en general en la calidad de vida. 1

No existe ningún síntoma ni hallazgo en las exploraciones complementarias que sea patognomónico o exclusivo de la CU, por lo que para llegar a un diagnóstico definitivo suele ser necesaria la combinación de hallazgos clínicos, biológicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos sugestivos de la entidad.

Típicamente, cursa en forma de brotes de actividad inflamatoria durante los cuales el paciente presenta la sintomatología clásica de la enfermedad (diarrea, rectorragia y dolor abdominal) acompañada o no de síntomas sistémicos (dependiendo de la extensión de la CU y de la gravedad del brote) y/o de manifestaciones

Abstract

Idiopathic chronic ulcerative colitis (UC) is a chronic condition characterized by ongoing inflammation affecting the colon. The etiology remains unknown; it is believed that patients could present an "aberrant" immune response that generally occurs in genetically susceptible individuals as result of a complex interaction of environment, microbial and immunological factors. Both its extension and its severity are variable in each patient over time. It is characterized by a course of remissions and exacerbations, with heterogeneous clinical, biochemical, and histological characteristics, making it a challenge for the clinician. It is important that the physician is fully aware of disease activity because this influences treatment decisions and provides valuable information on the risk of complications and the patient's prognosis. Over the years, different scores have been developed, that seek to objectively assess disease activity in patients with UC and consequently optimize drug treatment. In this review, we address the scales or clinical scores of activity and severity of this pathology, emphasizing those of practical application for the "timely" making of therapeutic decisions.

extraintestinales. Estos periodos se siguen de períodos de inactividad (remisión) en los que los pacientes se hallan asintomáticos. 2

Un curso de enfermedad severo, está relacionado con desenlaces pobres, como calidad de vida inferior, discapacidad y mortalidad, alta morbilidad por complicaciones y costos de salud más altos.

Evaluar la gravedad y la actividad de la CU representa un desafío en la práctica clínica, debido principalmente a esta gran heterogeneidad, a la complejidad en el manejo y al hecho de ser un proceso inflamatorio que alterna entre periodos de actividad y remisión. 3

Por este motivo, a través del tiempo, se han tratado de establecer parámetros objetivos y se han diseñado múltiples scores de gravedad con puntajes, considerando elementos clínicos, de laboratorio, endoscópicos e histológicos, buscando una evaluación más precisa de la actividad de la enfermedad. 4

En esta revisión tratamos de abordar de forma sucinta las escalas o scores clínicos de gravedad de las crisis haciendo énfasis en aquellas de aplicación práctica para la toma de decisiones terapéuticas

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La CU es una afección inflamatoria crónica de la mucosa del colon, la cual se presenta afectado en extensión variable (en forma continua y simétrica) involucrando al recto desde el margen anal, y que se caracteriza habitualmente por un curso recidivante/remite y en menor proporción por actividad crónica continua. 5

Los síntomas de la CU no reflejan con precisión el grado de actividad o la severidad de la enfermedad, pero si ofrecen una orientación importante de estos.

Es característica la diarrea habitualmente mezclada con sangre (más del 90% de los pacientes) y/o urgencia rectal, eliminación frecuente de moco, sangre y exudado (pseudodiarrea, con pujo y tenesmo), aunque puede presentarse con sangrado sin alteración del ritmo evacuatorio, y en raros casos con estreñimiento. Puede observarse defecación nocturna, que sugiere organicidad. La persistencia de los síntomas durante más de cuatro a seis semanas ayuda a diferenciar la CU de la mayoría de las diarreas infecciosas. 6

Los síntomas sistémicos de malestar, anorexia o fiebre se presentan durante un ataque severo. En general si el dolor abdominal se torna relevante, suele reflejar alguna complicación (estenosis, perforación). 6

DEFINICIONES DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA:

REMISION: No existe una definición completamente validada para la remisión de la enfermedad y las definiciones varían según el contexto del uso, por ejemplo, si se utiliza en ensayos clínicos, guías, etc...

- Remisión Clínica: Es la resolución completa de los síntomas (frecuencia normal de las deposiciones, no sangrado o urgencia rectal) Usado en la práctica clínica.
- Remisión Completa: frecuencia normal en la defecación, sin sangrado o urgencia rectal, con mucosa colónica de aspecto normal endoscópicamente. Usado en ensayos clínicos.8

RESPUESTA CLINICA: Mejoría clínica y endoscópica, medida en base a índices de actividad. En general, más del 30% de la mejoría en el índice de actividad, más la disminución del sangrado rectal y los sub-scores endoscópicos, se considera una respuesta adecuada (en ensayos clínicos).

RECAIDA: Brote de síntomas en pacientes que se encuentran en remisión clínica. Puede ser Temprana, si esta ocurre dentro de los 3 meses después de lograr la remisión con terapia previa. El patrón de recaída podría ser

Infrecuente (menos o igual a 2 episodios por año). Frecuente (más de 2 veces por año). Continuo (síntomas persistentes sin un período de remisión). 9

INDICES DE SEVERIDAD

El Colegio Americano de Gastroenterología (ACG), La Organización Europea de Crohn y Colitis Ulcerativa (ECCO) y la Sociedad Japonesa de Gastroenterología clasifican la CU de acuerdo a índices que evalúan la actividad de la enfermedad en: leve, moderada y severa. Dentro de la historia natural de la enfermedad, en la CU se presentan períodos de brotes y remisiones en los que una buena evaluación clínica es importante para brindar el tratamiento adecuado y evitar las complicaciones. 10

Constituyen una herramienta de gran utilidad, ampliamente usada en la práctica clínica como orientación para reconocer una CU severa. Se han elaborado múltiples escalas clínicas (asociadas en su mayoría a parámetros bioquímicos, endoscópicos e histológicos), todas ellas encaminadas a determinar con "mayor precisión" la actividad de la enfermedad. 11-12

Índice de Truelove y Witts Original:

El Score de severidad clásico más empleado es el score de Truelove y Witts, desarrollado en 1955, de gran importancia pues permitió categorizar con parámetros clínicos la severidad de la enfermedad, para el inicio de toma de decisiones terapéuticas relevantes para el paciente. 13

Este índice sirvió de base para la elaboración de nuevos índices de severidad de mayor complejidad. La característica de este índice es su fácil aplicabilidad en la práctica clínica. Está formado por una combinación de hallazgos clínicos y parámetros de laboratorio, generando tres estadios de actividad de enfermedad, que son leve, moderada y severa.

Según esta clasificación, 6 o más deposiciones, con sangrado rectal, fiebre (temperatura media nocturna $>37,5^{\circ}\text{C}$ o $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ al menos 2 días de cuatro), frecuencia cardíaca >90 latidos por minuto, anemia con hemoglobina $\leq 75\%$ (homologable a $<10,5$ g/dl), o velocidad de sedimentación globular (VSG) >30 mm/h indican colitis severa. Diarrea < 4 deposiciones diarias, no fiebre, no taquicardia, anemia no severa y eritrosedimentación <30 mm, es considerada una enfermedad leve.

Sociedades médicas como El Colegio Americano de Gastroenterología (ACG), la Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, la European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) y la Sociedad japonesa de Gastroenterología, recomiendan los criterios de Truelove and Witts.

Tabla 1. Actividad de la enfermedad en colitis ulcerosa, criterios originales de Truelove y Witts (1955).¹³

CRITERIOS DE SEVERIDAD DE TRUELOVE Y WITTS		
ENFERMEDAD		
SEVERA	MODERADA	LEVE
Diarrea >6	Intermedia entre moderada y severa	Diarrea < 4
temperatura > 37.5C		No fiebre
Pulso		No taquicardia
Anemia con hemoglobina <75%		Anemia no severa
<u>Eritrosedimentacion</u> > 30mm		<u>Eritrosedimentacion</u> < 30 mm

Índice de Truelove-Witts modificado:

Posteriormente el índice fue modificado agregando el valor de la PCR (o VSG), junto a otros parámetros para definir actividad severa de la enfermedad y predecir la respuesta al tratamiento.

Se realizaron estudios y se encontró que la albúmina es un marcador de severidad, siendo utilizada en 1986 por Chapman, Selby Jewell en una publicación que compara corticoides intravenosos con y sin metronidazol (Criterios Revisados de Oxford), definiendo actividad severa como: la presencia de al menos seis deposiciones sanguinolentas diarias y uno o más signos de gravedad de los criterios de Truelove y Witts o albúmina sérica baja (< 3,5 g/dl).

Con lo que se incorporaron valores de laboratorio como: albumina, recuento de leucocitos y niveles de potasio sérico, importantes en la determinación del pronóstico del paciente.

De acuerdo al puntaje de cada variable, se permite categorizar el resultado final con el grado de severidad de presentación del cuadro.

Pese a ser uno de los más usados en la práctica clínica (junto con el score de Mayo), éste no ha sido validado formalmente. Es más fiable en pacientes con actividad severa, lo que permite el inicio de una terapéutica más específica para alcanzar la respuesta clínica temprana y evitar complicaciones. El estadio de moderada actividad comprende un amplio rango de actividad de la enfermedad. Varios estudios se han realizado y no han logrado reflejar con exactitud la correlación entre la actividad clínica y endoscópica, es así que tenemos pacientes en remisión clínica, pero con actividad endoscópica moderada.

Es de utilidad para categorizar en forma más objetiva la gravedad de la enfermedad, pudiendo emplearse además en el seguimiento del paciente. La ventaja de este índice es su fácil aplicación en la práctica diaria hospitalaria.

Tabla 2.: Índice de Truelove y Witts Modificado (Índice semicuantitativo) 14

CRITERIOS TRUELOVE-WITTS MODIFICADO			
Variable	3 Puntos	2 Puntos	1 Punto
Numero de deposiciones	> 6	4 a 6	<4
Sangre en las deposiciones	++	++++	-
Hemoglobina (g/l)			
• Hombre	<10	10 a 14	>14
• Mujer	<10	10 a 12	>12
Albumina	<30	30 a 32	>32
Temperatura (°C)	>38	37 a 38	<37
Frecuencia cardiaca	>100	80 a 100	<80
VSG	>30	15 a 30	<15
Leucocitos (x 1000)	>13	10 a 13	<10
Potasio (mEq/l)	<3.3	3,8	>3,8
VALORACION DEL INDICE			
Inactivo	< 11 puntos		
Leve	11-15 puntos		
Moderado	16-21 puntos		
Severo	>22 puntos		

En el cual se considera: enfermedad inactiva: <11, Brote leve:11-15, brote moderado:16-21 y brote grave: 22-27.

Clasificación de Montreal.

El grupo de Montreal clasifica la CU según la extensión que tiene un valor pronóstico importante y la gravedad de la enfermedad. En cuanto a la extensión; se categoriza en subgrupos E1 proctitis (afección limitada al recto), E2 Colitis izquierda o CU distal (afectación distal al ángulo esplénico), E3 Colitis ulcerosa extensa/Pancolitis (afectación proximal al ángulo esplénico).15

Su eficacia se haya limitada por la naturaleza dinámica de la Enfermedad, como se ve en los cambios de la

distribución del compromiso colónico y la gravedad de la enfermedad durante un periodo de tiempo; por ejemplo, se ha observado que en 10 años la enfermedad puede progresar en extensión 41 -54%; así mismo, en estudios realizados se ha reportado regresión de la extensión de la enfermedad de hasta 71% en 10 años. Por lo que se emplea la extensión máxima de la enfermedad, como parámetro crítico en la evaluación del paciente.

La clasificación de Montreal, además categoriza la actividad de la enfermedad basándose en la severidad de los síntomas. Se fundamenta en los criterios de Truelove y Witts, scoreandolos como: "S" (severidad) de 0 a 3 donde: S0) Colitis en remisión o Colitis silente: no hay síntomas de la enfermedad. S1) Colitis leve: cuatro o menos

deposiciones al día con sangre, sin fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia ni aumento de la VSG. S2) Colitis moderada: criterios intermedios entre leve y grave, siempre con signos de afección sistémica leves. S3) Colitis grave: seis o más deposiciones diarias con sangre, fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia y aumento de la VSG, a menudo con signos de afección ("toxicidad") sistémica grave. 15

Tiene limitación al predecir la evolución clínica a mediano y largo plazo; Sin embargo, permitió clasificar a los pacientes en tres grupos: remisión prolongada, síntomas intermitentes, y actividad continua; pudiéndose observar que la actividad de la enfermedad durante los primeros 3 años predice la evolución de la enfermedad en los cinco años siguientes. 16-17

Tabla3. A. Clasificación de Montreal de la extensión de la CU (Silverberg y col., 2005) 15

CLASIFICACION DE MONTREAL: EXTENSION DE LA COLITIS ULCERATIVA		
	Distribucion	Anatomia
E1	Proctitis Ulcerativa	Compromiso limitado al recto (extension proximal de la inflamacion distal a la union rectosigmoidea)
E2	CU Izquierda	Compromiso limitado a la porcion de colon distal al ángulo esplénico.
E3	CU Extensa (pancolitis)	Compromiso se extiende mas alla del ángulo esplénico.

Tabla 3. B. Clasificación de Montreal de severidad de la colitis ulcerosa 15

CLASIFICACION DE MONTREAL: CRITERIO DE SEVERIDAD (según criterios de Truelove y Witts)		
S0	CU - remision clinica	no hay síntomas de la enfermedad.
S1	CU leve	< 4 deposiciones al dia con o sin sangre, no sintomas sistemicos (fiebre, taquicardia, anemia(marcadores inflamatorios normales (ERS)
S2	CU moderada	> 4 deposiciones al dia, criterios intermedios entre leve y grave, siempre con signos de afección sistémica leves
S3	CU severa	6 o más deposiciones diarias con sangre, fiebre (> 37,5) o taquicardia (> 90 lat./min) o anemia (Hb<10,5 g/dl) o aumento de la VSG (> 30 mm/h), a menudo con signos de afección («toxicidad») sistémica grave

Índice de Mayo.

Llamando así por haber sido diseñado en Clínica Mayo (USA), es uno de los índices de actividad que se usan con más frecuencia en estudios clínicos americanos para la CU. Una ventaja importante de este índice es la incorporación de hallazgos endoscópicos en la valoración, de gran utilidad para evaluar con mayor objetividad la respuesta a diversos tratamientos farmacológicos. 18

Este índice constituye una herramienta adecuada debido a la facilidad de su implementación. El índice de Mayo (Mayo score Total) está compuesto de cuatro ítems (sangrado, frecuencia de las deposiciones, evaluación global del médico y aspecto endoscópico) categorizados de 0 a 3, que se suman para obtener un puntaje total que varía entre 0 y 12. 19

Algunos estudios usan sólo los componentes "no endoscópicos" (Mayo score Parcial) de especial valor en los

estudios clínicos para evaluar la actividad en las visitas realizadas en tiempos intermedios entre la cuantificación de los scores totales, resultando también de utilidad para detectar el tiempo de inicio de la respuesta al tratamiento.
20

El índice de Mayo Parcial (PMS) es la suma de los subcores sin endoscopia (0-9 puntos) o a la suma de scores de frecuencia de las deposiciones y sangrado (0-6 puntos).

Tabla 4. Índice de la Clínica Mayo (Schoeder y col., 1987). 18

Índice de actividad de la Clínica Mayo para la gravedad de la colitis ulcerosa	
Mayo score total (0 a 12 puntos) - Mayo score parcial (9 puntos, sin endoscopia)	
Variable	Puntuación
1. Frecuencia defecatoria	
Normal	0
1-2 dep/día más de lo habitual	1
3-4 dep/día más de lo habitual	2
> 4 dep/día más de lo habitual	3
2 Sangrado rectal	
Ninguno	0
Hilos hemáticos en menos de la mitad de las deposiciones	1
Sangrado visible en la mayoría de las deposiciones	2
Rectorragia sin heces	3

Tabla 4. Índice de la Clínica Mayo (Schoeder y col., 1987). 18

3. Apariencia endoscópica de la mucosa		
	Normal	0
	Enfermedad leve	1
	Enfermedad moderada	2
	Enfermedad grave	3
4. Valoración médica		
	Normal	0
	Leve	1
	Moderado	2
	Grave	3
Remisión: UCDAI < 2		
Enfermedad grave: UCDAI > 9		

- El score de Mayo Total en general define como actividad un puntaje igual o mayor de 3, categorizándose, según el puntaje, en leve (3 a 5), moderada (6 a 9) y severa (10 a 12). Remisión: con el score total se define en general como ≤ 2 con ningún *sub-score* >1 (controvertido entre 0 y ≤ 2).

- Con el *score* de Mayo Parcial el criterio es variable: lo más frecuente es considerar remisión a un *score* ≤ 1 o ≤ 2 con ningún *subscore* >1 , enfermedad leve 2-4, enfermedad moderada 5-6, enfermedad severa 7-9, aunque suele haber variaciones en los puntos de corte.

Otros índices clínicos

Se han desarrollado numerosos índices de actividad clínica. La mayoría incluye parámetros endoscópicos y bioquímicos, en un intento de llevar objetividad a la evaluación de la actividad de la enfermedad. La mayoría son modificaciones de los índices preexistentes, no están validados, ni se ha evaluado la variación inter-observador; y, en definitiva, ninguno ha llegado a aplicarse con regularidad como los antes descritos.

Describiremos los más representativos:

- Índice de Seo llamado también *Activity Index* (AI).
- Índice de CAI (Clinical Activity Index) de Rachmilewitz
- Índice de Walmsley, conocido como *Simple Activity Index*. Índice de Walmsley, conocido como *Simple Activity Index*.
- Índice de PUCAI o *Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index*. En realidad este es el único índice con una validación metodológica correcta, pero solo se ha utilizado en población pediátrica

Índice de Seo.

Propuesto en Japón, que incluyó un análisis por regresión múltiple con 1 variable independiente (la gravedad clínica) y 18 variables dependientes clínicas, biológicas y endoscópicas. Evidentemente la gran dificultad en los cálculos no permitió la aplicabilidad clínica del mismo. 21

Tabla 5. Índice de Actividad (AI) de SEO. 21

Índice de Seo	
Variable	Valoración
N.º de deposiciones	× 13=
≤4=1	
5-7=2	
≥8=3	
Sangre en heces	×60=
No o poca=0	
Presente=1	
VSG (mm/h)	×0,5=
Total A (sumatorio previos)	=
Hemoglobina (g/dl)	×4=
Albúmina (g/dl)	×15=

Tabla 5. Índice de Actividad (AI) de SEO. 21

Albúmina (g/dl)	×15=
Total B (sumatorio previos)	=
Índice de actividad Seo; total A- total B+200 =	
Valoración índice de Seo	Puntuación
Remisión o actividad leve	<150
Moderado-grave	150-220
Grave	>220

Índice de Walmsley (Simple Activity Index)

Índice de Walmsley (Simple Activity Index) o Índice de Actividad de Colitis Clínica Simple (SCCAI). Como su nombre lo indica es un índice simplificado que combina parámetros de otros índices. Es un índice basado en síntomas validado

(puntuación 0-19). Tiene una buena correlación con índices de actividad más complicados. Sin embargo, no se ha determinado la puntuación que define una recaída. Un score < 2 puntos se considera remisión y una disminución de ≥ 2 puntos (o controvertido ≥ 3) sobre el score basal se considera respuesta. 22

Tabla 10. Índice de Walmsley o Índice de actividad de colitis clínica simple. 22

Índice de actividad de colitis clínica simple		
Variable		Score
Frecuencia intestinal (d)	1 – 3	0
	4 – 6	1
	7 – 9	2
	9+	3
Frecuencia intestinal (nocturna)	0	0
	1 – 3	1
	4 – 6	2
Urgencia de defecación	No	0
	Apuro	1
	Inmediato	2
	Incontinencia	3
Sangre en heces	No	0
	Vestigios	1
	Ocasionalmente franca	2
	Usualmente franca	3

Tabla 10. Índice de Walmsley o Índice de actividad de colitis clínica simple. 22

Estado general	Muy bueno	0
	Ligeramente disminuido	1
	Pobre	2
	Muy pobre	3
	Terrible	4
Características extracolónicas		1 por manifestación
Remision: < 2 puntos.		
Respuesta: disminucion > 2-3 puntos		

Índice de actividad de la colitis ulcerosa pediátrica (PUCAI)

El PUCAI se basa únicamente en parámetros clínicos tales como: número de deposiciones al día, consistencia de ellas, presencia de sangre, deposiciones nocturnas, do-

lor abdominal y nivel de actividad diaria. Clasifica la enfermedad en leve, moderada y severa. En realidad, este es el único índice con una validación metodológica correcta. Solo se ha utilizado en población pediátrica. 23-24

Tabla 11. Índice de actividad de la colitis ulcerosa pediátrica (PUCAI)²⁴

Índice de actividad de la colitis ulcerosa pediátrica (PUCAI)	
Artículo	Categoría / Puntos
Dolor abdominal	Sin dolor = 0
	El dolor puede ignorarse = 5
	El dolor no se puede ignorar = 10
Sangrado rectal	Ninguno = 0
	Solo una pequeña cantidad, en menos del 50% de las heces = 10
	Cantidad pequeña con la mayoría de las heces = 20

Tabla 11. Índice de actividad de la colitis ulcerosa pediátrica (PUCAI)24

	Gran cantidad (50% del contenido de heces) = 30
Consistencia de las heces de la mayoría de las heces	Formado = 0
	Parcialmente formado = 5
	Completamente sin forma = 10
Número de deposiciones por 24 horas	0-2 = 0 puntos
	3-5 = 5 puntos
	6-8 = 10 puntos
	> 8 = 15 puntos

Tabla 11. Índice de actividad de la colitis ulcerosa pediátrica (PUCAI)²⁴

Heces nocturnas (cualquier episodio que provoque el despertar)	no = 0 puntos
	si = 10 puntos
Nivel de actividad	Sin limitación de actividad = 0
	Limitación ocasional de actividad = 5
	Actividad severa restringida = 10
	Suma de PUCAI (0-85)
La gravedad de la enfermedad se define mediante las siguientes puntuaciones:	
severo: 65 o más	
moderado: 35-64	
leve: 10-34	
remisión (enfermedad inactiva): menos de 10	

Índice de Yamamoto-Furusho.

Una mención especial tiene el Nuevo Índice Integral de Enfermedad (NIIE) o Índice Yamamoto-Furusho, desarrollado para medir objetiva e integralmente la actividad de la enfermedad. Incluye parámetros clínicos, parámetros bioquímicos, endoscópicos e histológicos, divididos en seis categorías: 1) el número de evacuaciones sanguino-lentas por día; 2) hemoglobina; 3) proteína C-

reactiva de alta sensibilidad; 4) albúmina; 5) hallazgos endoscópicos y 6) hallazgos histológicos. 25

Cada variable es medida en una escala de 0 a 3. El rango en el NIIE (índice Yamamoto-Furusho) va de 0 a 18 puntos y se distribuye en cuatro categorías: 1) remisión (0 a 3 puntos); 2) actividad leve (4 a 6 puntos); 3) actividad moderada (7 a 12 puntos) y 4) actividad severa (13 a 18 puntos).

Tabla 11. Nuevo índice integral de enfermedad para actividad en CU (NIIE) o índice Yamamoto-Furusho. 25

INDICE YAMAMOTO-FURUSHO						
Actividad de la enfermedad	Número de heces sanguinolentas por día	Hemoglobina	hs-CRP	Albúmina	Hallazgos endoscópicos	Hallazgos histopatológicos
0 Remisión	Usual (sin sangre)	> 12x	≤0.20	≥3.5	Mucosa normal	Normal
1	3-Feb	12 a 10	0.21	3.4-3.0	Entema,	Actividad

Tabla 11. Nuevo índice integral de enfermedad para actividad en CU (NIIE) o índice Yamamoto-Furusho. 25

Leve			-0.35		patrón vascular disminuido, friabilidad leve	leve
2 Moderada	6-Apr	9.9 a 8	0.36 -1.0	2.9-2.5	Entema marcado, patrón vascular ausente, erosiones y friabilidad	Actividad moderada
3 Severa	> 6	< 8	> 1.0	< 2.5	Sangrado espontáneo y ulceraciones	Actividad intensa

La ventaja de este índice es que incluye criterios histológicos, además de los hallazgos clínicos, bioquímicos y endoscópicos. Recientemente se ha descrito la importancia de la actividad histológica en la evaluación de pacientes con CUCI en relación con la predicción de riesgo de recaída a los 6 meses, un peor pronóstico y el verdadero grado de actividad de CUCI.

Uno de los objetivos de este Índice es poder optimizar el tratamiento médico en pacientes que no presentan evidencia clínica de actividad de la enfermedad, pero que presentan actividad bioquímica, endoscópica e histopatológica en CUCI.

Índices de calidad de vida

Los índices de severidad y actividad de la EII no miden el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente; por lo que para este fin, se dispone de otros índices: Uno general el SF-36 utilizado en otras enfermedades, que es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados, el cual permite comparaciones con controles sanos, y otros específicos de EII de los cuales el IBDQ (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*) es el más comúnmente usado para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en estos pacientes. 26

IBDQ: Diseñado y publicado por el grupo de la Universidad McMaster de Ontario como un cuestionario autoadministrado específico de EII y es el más frecuentemente validado en EII. Se ha utilizado también para cuantificar la respuesta terapéutica en mesalazina, budesonida, ciclosporina, biológicos, cirugía, y otros eventos en la vida del paciente. 26

IBDQ-32: consta de 32 ítems distribuidos en 4 dimensiones (síntomas digestivos, síntomas sistémicos, afectación emocional y social). Las respuestas de cada ítem se expresan en una escala de 7 puntos, donde 7 corresponde a la mejor percepción y 1 a la peor.

IBDQ-36: se desarrolló para pacientes ambulatorios, contiene 36 ítems distribuidos en 5 dimensiones (se añadió la afectación funcional).

IBDQ-9: es una versión simplificada del IBDQ, con 9 ítems, desarrollada más recientemente, la cual tiene excelente correlación con IBDQ-36 y correlaciona con los índices clínicos de actividad. 27

Este cuestionario es una herramienta validada que permite medir la eficacia terapéutica utilizada en EII como un marcador de buena calidad de vida relacionada con la salud si la puntuación es mayor de 160. Aplicarlo al inicio y durante un tratamiento permite establecer la evolución clínica y su relación con la calidad de vida.

DISCUSION

Es importante que el médico esté completamente consciente de la actividad de la enfermedad porque esto influye en las decisiones terapéuticas a tomar y proporciona información valiosa sobre el riesgo de complicaciones y el pronóstico del paciente.

Existe hasta el momento gran dificultad para evaluar la gravedad y la actividad de la CU, debida principalmente a su gran variabilidad y al hecho de ser un proceso inflamatorio que cursa con periodos de actividad y remisión, lo que ha llevado a que se hayan desarrollado diferentes "índices de actividad", basados en diferentes parámetros: clínicos, endoscópicos, bioquímicos, etc., tratando de determinar de manera más precisa y objetiva el grado de actividad de la enfermedad, la gravedad y establecer la eficacia de los tratamientos.

Los índices y criterios "clínicos" de actividad constituyen una herramienta de gran utilidad, ampliamente usada en la práctica clínica para reconocer la severidad de la enfermedad.

Los más utilizados, tanto en la práctica clínica, como, especialmente, en los estudios controlados, incluyen el índice de Truelove-Witts y el índice de actividad de la Clínica Mayo.

En realidad, estos índices no han sido validados, pero debido a la facilidad de su aplicación, son ampliamente usados y no han podido ser desplazados por otros (de mayor complejidad y difícil aplicabilidad en la práctica clínica) desarrollados posteriormente.

En general, el la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, no existe ningún índice de actividad perfecto. La experiencia indica que la única evaluación de parámetros clínicos no es suficiente para establecer con precisión el grado de actividad de la enfermedad, pues no ofrece una visión global de la misma.

La actividad de la enfermedad en pacientes con CUCI debería ser evaluada de manera integral. Una valoración más objetiva, podría mejorar las decisiones clínicas y los abordajes terapéuticos, permitiendo optimizar el tratamiento médico en pacientes que no presentan evidencia clínica de actividad de la enfermedad, pero que presentan actividad bioquímica, endoscópica e histopatológica en CUCI.

En los pacientes con EII, la calidad de vida se está imponiendo con fuerza como un objetivo importante en las metas del tratamiento, por lo que determinar el impacto de esta enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes, es imprescindible.

BIBLIOGRAFIA

1. M. Gajendran, P. Loganathan and G. Jimenez et al., A comprehensive review and update on ulcerative colitis, *Disease-a-Month*. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2019.02.00>
2. Hugo Monrroy B. y Patricio Ibáñez L. Clasificación de la gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol. latinoam* 2013; Vol 24, N° 2: 85-90.
3. Cristian Hernández-Rocha1 , Patricio Ibáñez1 , María Elena Molina2 , Julieta Klaassen3 , Andrea Valenzuela. Management of severe ulcerative colitis. An up-to-date. *Rev Med Chile* 2017; 145: 96-105.
4. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2011; 140 (6): 1785-94
5. Bitton A, Buie D, Enns R, Feagan BG, Jones JL, Marshall JK, et al. Treatment of hospitalized adult patients with severe ulcerative colitis: Toronto consensus statements. *Am J Gastroenterol* 2012; 107 (2): 179-94; author reply 95.
6. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2019 Mar;114(3):384-413.
7. Matsuoka K, Kobayashi T, Ueno F, Matsui T, Hirai F, Inoue N, Kato J, Kobayashi K, Kobayashi K, Koganei K, Kunisaki R, Motoya S, Nagahori M, Nakase H, Omata F, Saruta M, Watanabe T, Tanaka T, Kanai T, Noguchi Y, Sugano K, Shimosegawa T. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol*. 2018 Mar;53(3):305-353. [Medline]
8. L. Peyrin-Biroulet, J. Panés, W.J. Sandborn, *et al.* Defining disease severity in inflammatory bowel diseases: Current and future directions. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 14 (2016), pp. 348-354. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2015.06.001> | Medline
9. C. Mowat, A. Cole, A. Windsor, *et al.* Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*, 40 (2011), pp. 571-607.

10. J.F. Rahier, F. Magro, C. Abreu, European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO], *et al.* Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*, 8 (2014), pp. 443-468. <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2013.12.013> | Medline
11. S.P. Travis, D.P. Jewell. Ulcerative colitis: Clinical presentation and diagnosis. *Inflammatory Bowel Diseases*, pp. 169-181
12. Bitton, M. Peppercorn, D.A. Antonioli, *et al.* Clinical, biological, and histological parameters as predictors of relapse in ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 120 (2001), pp. 13-20.
13. S.C. Truelove, L.J. Witts. Cortisone in ulcerative colitis. Final report on a therapeutic trial. *BMJ*, 2 (1955), pp. 1041-1048
14. Dinesen LC, Walsh AJ, Protic MN, Heap G, Cummings F, Warren BF, *et al.* The pattern and outcome of acute severe colitis. *J Crohns Colitis* 2010; 4 (4): 431-7.
15. M.S. Silverberg, J. Satsangi, T. Ahmad, I.D. Arnott, C.N. Bernstein, S.R. Brant, *et al.* Towards an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a working party of the 2005 Montreal World Congress of gastroenterology. *Can J Gastroenterol*, 19 (2005), pp. 5-36
16. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: Controversies, consensus, and implications. *Gut*.2006;55:749-53.
17. Spekhorst LM, Visschedijk MC, Alberts R, Festen EA, vander Wouden EJ, Dijkstra G, *et al.* Performance of the Montreal classification for inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2014;20(41):15374-15381.
18. G. D'Haens, W.J. Sandborn, B.G. Feagan, K. Geboes, S.B. Hanauer, E.J. Irvine, *et al.* A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 132 (2007), pp. 763-786
19. K.W. Schroeder, W.J. Tremaine, D.M. Ilstrup. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis, a randomized study. *N Engl J Med*, 317 (1987), pp. 1625-1629
20. Alicia María Sambuelli, Silvia Negreira, Aníbal Gil, Silvana Goncalves, Paula Chavero, Pablo Tirado, Maricel Bellicoso, Sergio Huernos. Manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revisión y algoritmos de tratamientos. ACTA - SUPLEMENTO EII. *Gastroenterología Latinoamericana*. Vol 49 Supl. N°2 año 2019. 40-41
21. Seo M *et al.* Evaluation of Disease Activity in patients with moderately active Ulcerative Colitis: comparisons between a New Activity Index and Truelove and Witts' s Classification. *Am J Gastroenterol* 1995;vol 90:no 10.
22. Walmsley RS, Ayres RCS, Pounder RE, Allan RN. A simple clinical colitis activity index. *Gut* 1998; 43: 29-32.
23. Dan Turner, MD, PhD,^{1,2} Jeffrey Hyams, MD,³ James Markowitz Appraisal of the Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI), *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:1218-1223
24. D. Turner, A.R. Otley, D. Mack, J. Hyams, J. de Bruijne, K. Uusoue, *et al.* Development, validation, and evaluation of a pediatric ulcerative colitis activity index: a prospective multicenter study. *Gastroenterology*, 133 (2007), pp. 423-432
25. J.K.Yamamoto-Furusho.K.E.Bozada-Gutiérrez.A.Sánchez-Rodríguez.F.Bojalil-Romano. Validation of a novel integral disease index for evaluating the grade of activity in Mexican patients with ulcerative colitis: A prospective cohort study. *Revista de Gastroenterología de México*. Volume 84, Issue 3, July-September 2019, Pages 317-325.
26. G. Pallis, MD, I. A. Mouzas, MD, I. G. Vlachonikolis, MA, DPhil, The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: A Review of Its National Validation Studies, *Inflammatory Bowel Diseases*, Volume 10, Issue 3, 1 May 2004, Pages 261-269.
27. Alcalá MJ, Casellas F, Fontanet G, Prieto L, Malagelada JR. Shortened questionnaire on quality of life for inflammatory bowel disease. Shortened questionnaire on quality of life for inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2004; 10: 383-391.